

## 日本心血管脳卒中学会 異動届け

私は、下記の異動事項を日本心血管脳卒中学会に届け出ます。

自著 \_\_\_\_\_

0	届出日	年 月 日
1	氏名	
2	しめい	
3	生年月日	年 月 日
4	メールアドレス	
5	会員区分	正会員（医師）・準会員（医師以外）
6	連絡先	勤務先・その他
7	所属施設	
8	所属診療科	
9	所属〒	
10	所属住所	
11	所属 TEL	
12	所属 FAX	
13*	連絡先〒	
14*	連絡先住所	
15*	連絡先 TEL	
16*	連絡先 FAX	
17	基本診療科	内科・外科・脳神経外科・放射線科・救急科 その他（ ）
18*	サブスペシャリティ	循環器・脳卒中・その他（ ） 血管外科・心臓血管外科・その他（ ）
19*	職種	看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師 企業社員・その他（ ）

- 0 から 12 は、全員が必須項目です。
- 13 から 16 は、連絡先が勤務先の場合は不要です。
- 17 は、正会員は必須項目です。
- 18 は、基本診療科が内科または外科以外の場合は不要です。
- 19 は、準会員は必須項目です。

郵送 〒564-8565 国立循環器病研究センター 脳血管内科内 日本心血管脳卒中学会事務局

FAX 06-6170-2012

メール添付 cvss-office@umin.org